

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No

157

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Abraham GLAZ

Né le 5 Février 1899, à Brest-Lit (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES FORMES ATYPIQUES
DU PALUDISME

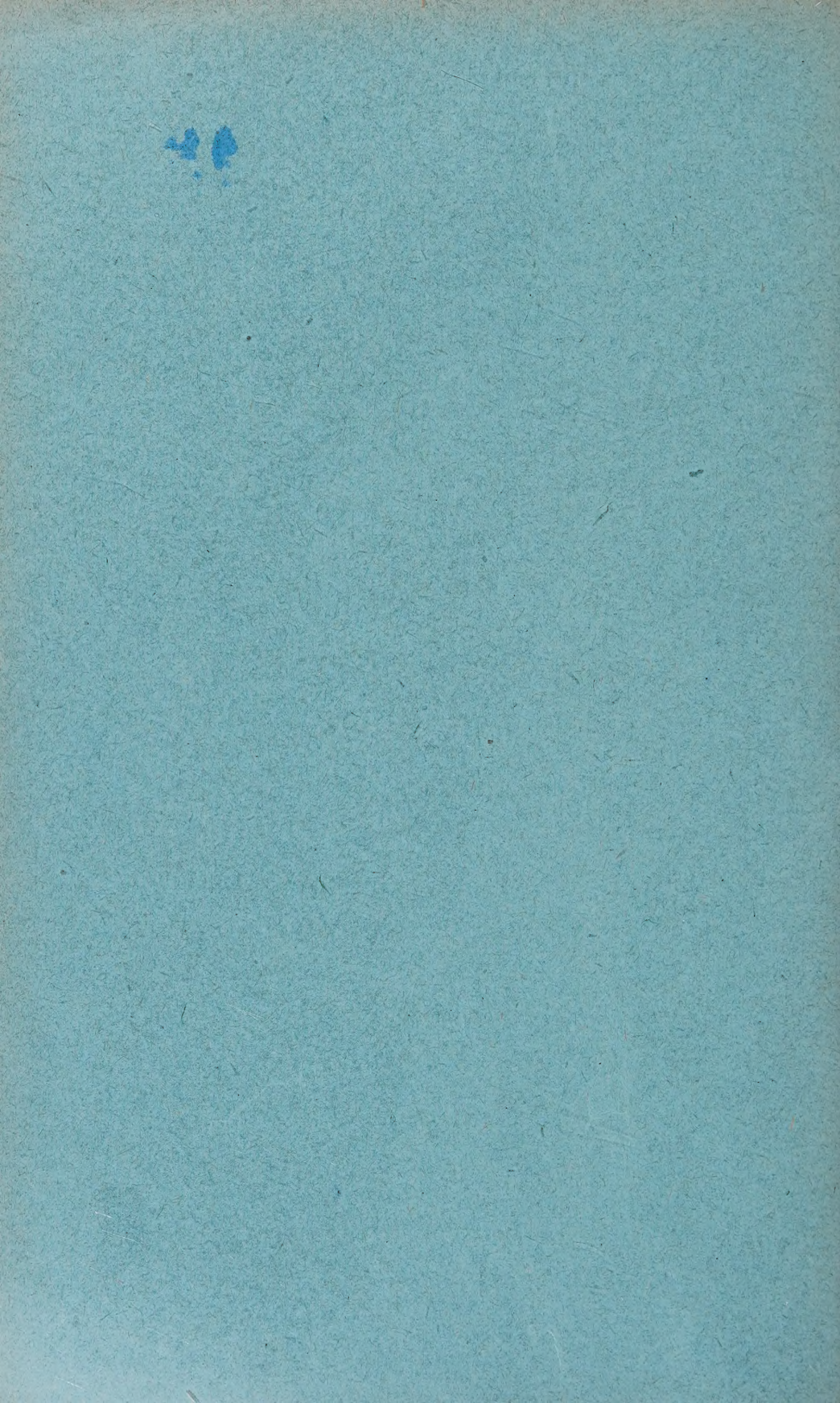
Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Abraham GLAZ

Né le 5 Février 1899, à Brest-Lit (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES FORMES ATYPIQUES
DU PALUDISME

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	DE BRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	MARION.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	LENORMANT.
	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE
	HOVELACQUE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN. Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BROCQ. Pathologie chirurgicale
BRULE. Pathologie médicale.
CADENAT. Pathologie chirurgicale
CATHALA. Pathologie médicale.
CHABROL. Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DOGNON. Physique.
DONZELOT. Pathologie médicale.
ECALLE. Obstétrique.
FEY. Urologie.
Pathologie expérimentale.
GASTINEL. Bactériologie.
GATELLIER. Pathologie chirurgicale
GAUDART D'ALAINES. Pathologie chirurgicale.
GIROUD. Histologie.
HALPHEN. Oto-rhino-Laryng.
HARVIER. Pathologie médicale.
HAZARD. Pharmacologie.
HUGUENIN. Anatomie pathologique
HUTINEL. Pathologie médicale.
JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
Oto - rhino - laryngologie.
LEVEUF. Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN. Pathologie médicale.
MONDOR. Pathologie chirurgicale
MOREAU. Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOURE. Pathologie chirurgicale
Histologie.
OBERLING. Anatomie pathologique
OLIVIER. Anatomie.
PIEDELIEVRE. Médecine légale.
PORTES. Obstétrique.
QUENU. Pathologie chirurgicale
RICHEL. Physiologie.
SANNIE. Chimie biologique.
SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIERS. Pathologie expérimentale.
VALLERY-RADOT
(Fasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. Ophtalmologie.
VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

LEQUEUX. Obstétrique.
LEROUX. Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER. Histologie.
ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI.Clinique médicale.	MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
CHIRAY.Clinique médicale.	PROUST.Clinique chirurgicale.
DU VOIR.Clinique médicale.	SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
BASSET.Clinique chirurgicale.	LE LORIER.Clinique obstétricale.
CHEVASSU.Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL.Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.Clinique chirurgicale.	METZGER.Clinique obstétricale.
	GUENIOT

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu m'honorer de pré-
sider cette thèse.
Hommage reconnaissant.

AUX DOCTEURS SONIA ET JULIEN CLITANDRE

Avec toute mon amitié.

A. E. M. B.

Je dédie cette thèse avec toute mon
affection.

INTRODUCTION

Originaire d'une région où le paludisme sévit à l'état endémique, nous n'avons pas eu le loisir d'étudier sur place les multiples manifestations de cette affection, ayant laissé très jeune notre pays. Mais durant tout le cours de nos études, nous n'avons jamais cessé de penser à cette « Fièvre bizarre » comme on l'appelle chez nous, et à nous documenter sur ses modalités.

Les hasards de la vie nous ont ensuite mis en contact avec des amis originaires des Colonies, où y ayant longtemps séjourné, et nous avons pu suivre chez eux en plein Paris, loin par conséquent de leur foyer d'infection des manifestations tellement variées et surprenantes de paludisme, que nous avons été amené à les étudier et les approfondir.

Nous avons pu mener à bien cette tâche grâce aux lumières de notre ami le Dr. J. Clitandre, Médecin-Chef de l'Hôpital — Hospice du Saint-Esprit (Martinique) qui exerce depuis 7 ans en plein centre paludéen, et a pu recueillir des dizaines d'observations de forme absolument atypiques de paludisme, et qui feront bientôt l'objet d'un important travail de sa part.

Nous n'avons pas l'intention ici de passer en revue

toutes les manifestations du paludisme nous rappellerons brièvement la parasitologie, la pathologie, de l'affection nous laisserons délibérément de côté les formes courantes de l'affection pour en arriver aux manifestations les plus hétéroclites pouvant amener les plus graves erreurs diagnostic de la part des praticiens non avertis, et arriverons enfin aux formes qui nous intéressent le plus, celles que nous avons eu l'occasion de suivre, les psychoses et névroses paludéennes, celles à propos desquelles le Professeur Le Dantec a si judicieusement écrit : « Bien des choses restent à faire dans le domaine des névroses et des psychoses dans le paludisme, mais l'attention est aujourd'hui attirée de ce côté, et nul doute que les jeunes médecins coloniaux rompus de bonne heure aux délicates dissociations du « moi » pathologique ne portent désormais leurs investigations sur ce point peu connu de la pathologie exotique ».

MORPHOLOGIE ET BIOLOGIE

Le paludisme est l'affection la plus meurtrière du globe, et en jetant un coup d'œil sur sa distribution géographique on voit la tache d'endémicité palustre couvrir non seulement toute la zone intertropicale mais encore une grande partie de la zone tempérée nord. C'est ainsi que l'Italie, la Sicile, la Grèce, la Crète, la Corse, le nord typique sont de grands foyers de paludisme et d'endémie y prélève un tribut annuel très important de victimes.

Dans les pays chauds l'hécatombe est incalculable (Le Dantec) allant de 5 millions par an aux Indes anglaises, à des centaines de milliers aux colonies africaines et antillaises. Avant 1880, on savait déjà que l'affection était due à des parasites, on en avait décrit les plus divers depuis la *Sérafia* des Italiens, jusqu'aux *Palmella gemiasma* de Salisbrom et au *Bavillers malaria* de Klebs, mais la diversité même des formes incriminées montrait qu'on était pas arrivé à l'idée de spécificité parasitaire. Cependant on admettait de plus en plus que la maladie était transmise par des moustiques, et de fait chaque région infectée donnait à la fièvre une appellation spéciale.

C'est en Novembre 1880 que Laveran détermine nettement l'hématozoaire du paludisme, et après bien des discussions sa découverte a été confirmée dans le monde entier.

Pour Laveran l'hématozoaire est polymorphe et présente les 4 formes suivantes :

a) *Corps sphériques*. Ce sont des éléments hyalins de 2 à 8 μ de diamètre sans noyau apparent. Ils sont accolés aux globules rouges et vivent à leur surface, ils sont animés de mouvements amiboïdes et se chargent de pigment mélanique à mesure que leur volume s'accroît

b) *Corps en rosace*. Ce sont des corps sphériques arrivés à leur maximum de développement.

Ils présentent du pigment à leur centre et sont divisés en un certain nombre de segments qui une fois libérés deviennent de nouveaux corps sphériques.

c) *Flagella*. Ce sont les *microgamètes* des auteurs modernes. Pour assister à leur émergence, il faut disposer de sang frais et fixer un corps sphérique de moyen volume, où les grains mélaniques sont animés de mouvements browniens— à un moment donné on voit brusquement sortir du corps sphérique un filament mobile qui flagelle les globules rouges voisins. Ces flagelles qui sont transparents et difficiles à voir, se détachent du corps sphérique et vivent d'une façon indépendante.

d) *Corps en croissant*. Ce sont des éléments cylindriques recourbés à leur extrémités en forme de croissant. Ils présentent à leur centre ou à leurs extrémités quelques granulations pigmentaires.

Souvent un filament fin réunit les 2 extrémités du parasite. Les corps en croissant sont toujours libres dans le sang, contrairement aux corps sphériques qui sont accolés aux éléments figurés du sang ou qui y sont inclus.

Là où l'on n'est pas d'accord, c'est sur l'unicité ou la pluralité de l'hématozoaire du paludisme.

Pour Laveran, l'hématozoaire est polymorphe et nous venons d'indiquer les quatre formes qu'il peut présenter en faveur de cette hypothèse. Laveran, soutient que dans les pays où le paludisme est intense, la maladie débute presque toujours par la forme continue, puis elle peut revêtir des formes intermittentes régulières ou irrégulières. On assiste ainsi aux diverses transformations de la maladie chez le même malade, alors que celui-ci est soustrait à une nouvelle infection en quittant le pays à endémicité palustre.

D'autre part, l'examen du sang montrant qu'il existe de la mélanie et de l'hypersplénie dans toutes les formes du paludisme, et la thérapeutique quinique se montrant efficace dans toutes les formes cliniques, plaident en faveur de l'unicité du parasite.

Telle n'est pas l'opinion de la plupart des auteurs ils décrivent en général 3 formes d'hématozoaires :

1° **Le plasmodium malariae**, c'est le nom donné à l'hématozoaire de la fièvre quarte, et qui supposerait une infection ancienne, il ne fait subir aucune altération aux globules rouges et c'est là un gros signe de la différenciation d'avec les autres formes.

2° **Le plasmodium vivax**, c'est l'hématozoaire de la fièvre tierce bénigne, c'est lui qui se montrerait le plus souvent dans le paludisme chronique.

Les globules rouges parasités présentent des lésions caractéristiques, ils sont hypertrophiés, soufflés, ils sont polygonaux, et ils renferment de fines granulations dites granulations de Schüffner.

3° **Le plasmodium falciparum** qui est l'hématozoaire de la fièvre tropicale, contrairement à ce qui se passe dans les autres formes, on ne rencontre pas dans la circulation périphérique toutes les formes du plasmodium falciparum. Le plus généralement on ne voit que des anneaux au nombre de 2 ou 3 sur le même globule. Les globules rouges parasités conservent leurs dimensions normales mais présentent une altération caractéristique : les taches de Maurer, qui diffèrent des granulations de Schüffner par leur grosseur et par leur petit nombre.

Les gamètes de la fièvre tropicale ont une forme caractéristique : ce sont les corps en croissant de Laveran d'où le nom de falciparum qui leur a été donné, le centre du croissant présente toujours un amas de pigment mélanique.

Il est à retenir pour certains cas dont nous parlerons plus loin, et qui peuvent égarer le diagnostic, que les corps en croissant ne se forment pas dès le début de la fièvre tropicale, ce n'est qu'au bout de quelques semaines qu'on les voit apparaître dans la circulation périphérique on s'attachera donc au début de la fièvre à rechercher

souvent la présence de petits anneaux dans les globules rouges et l'absence totale des larges formes plasmodiques pigmentées des fièvres tierce et quarte.

On a également parlé de paludisme primaire et de paludisme secondaire, la question est loin d'être résolue et la classification telle que l'avait faite Billet à savoir que dans le paludisme primaire, l'infection était toujours causée par le *plasmodium falciparum* et que lors de rechutes l'inspection serait dûe soit au *plasmodium vivax* soit au *plasmodium malariae*, a souvent été mise en défaut. Mais un fait bien établi par la clinique, est la récurrence fréquente du paludisme chez le même individu sans nouvelle infection du sujet. Plusieurs années après l'infection alors qu'il est soustrait à toute inoculation nouvelle, on peut voir éclater un accès de paludisme chez un individu à l'occasion d'un traumatisme, d'un refroidissement, d'un affaiblissement de l'état général. Ces faits s'expliquent de la façon suivante : l'hématozoaire se conserve dans certains viscères, en particulier dans la rate à l'état de gamètes, et c'est Schaudinn qui le premier constata que le macrogamète donnait naissance par parthénogénèse à une génération de schizontes qui provoquent de nouveaux accès aigus.

Pour les gamètes de la fièvre tierce et de la fièvre quarte le mode de parthénogénèse varie suivant les auteurs n'ayant nullement ici, l'intention de faire une étude critique des théories émises, nous retiendrons seulement ce fait très important pour les cas que nous allons suivre ; c'est que le paludéen soustrait à toute infection, loin du centre infecté, peut à l'occasion d'une

atteinte de son état général, et même sans aucune raison apparente, présenter des accidents qu'il importe de pouvoir rattacher à leur vraie cause, et le secours du laboratoire est indispensable pour ce faire, aussi après avoir étudié la morphologie et la biologie de l'hématozoaire, est-il nécessaire d'étudier le sang et les divers organes dans l'impaludation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sang

Dans le paludisme aigu, les globules sanguins hébergeant les plasmodies sont détruites à chaque accès. Les hématies sont hypertrophiées (corps en demi-lune) souvent contractées et foncées (corps cuivrés) d'autres se perforent facilement (corps en pessaire).

La masse sanguine et la valeur globulaire sont généralement diminuées. Le nombre des hémato blasts augmente après chaque accès.

Des grains de pigments (mél anémie) se trouvent dans le sang après chaque accès.

D'autre part, le nombre des leucocytes diminué également dans le paludisme, il y a donc anémie et leucopénie.

La formule leucocytaire du sang est d'un très grand secours surtout dans les fièvres tropicales où les hématozoaires sont en petit nombre dans la circulation périphérique et peuvent même disparaître sur l'influence de la quinine, tandis que la formule leucocytaire n'est nullement influencée par le traitement quinique.

Il y a dans le paludisme une manonucléose très nette

avec diminution des leucocytes polynuclés et des lymphocytes. Cette mononucléose persiste après les accès et peut durer des semaines et des mois, elle varie de 12 à 54 % (Vincent) au lieu de 4 à 8 % normalement elle peut donc permettre de dépister le paludisme ancien chez des sujets antérieurement atteints de fièvre malarienne. Cette mononucléose est plus prononcée et plus durable que celle que l'on peut rencontrer dans certaines maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde la variole la fièvre de malte.

VISCÈRES. *Dans les cas aigus* beaucoup d'organes subissent une congestion passagère et après guérison reprennent leur aspect normal.

Dans les cas mortels les capillaires de certains viscères sont remplis d'hématozoaires, et les parasites sont plus nombreux dans les organes qui ont provoqué l'aspect clinique des cas pernicioeux. Les organes hématopoïétiques sont spécialement atteints. La rate est hypertrophiée, noire et fragile. les organes sont pigmentés, en dehors des pigments noirs, on retrouve un pigment ocre : l'hémosidérine.

Dans les cas chroniques invétérés. La congestion prolongée des organes produit des altérations parenchymateuses et interstitielles la rate est solérosée les reins également et il y a de l'urémie les sommets pulmonaires présentent de la solérose et une pigmentation noirâtre.

Mais il faut savoir que chez certains individus ayant présenté des accès répétés et graves de paludisme et non guéris présentant à intervalles plus ou moins régu-

liers des équivalents pernicioeux on peut ne trouver aucune lésion organique pas même de la splénomégalie.

La mélanémie elle même dont Kelsch a montré la grande valeur disgnostique « la spécificité » dit-il peut faire défaut il en est de même de la surcharge ferrugineuse des organes (siderosis) qui atteste l'incessante instruction globulaire et la dépendance de ces troubles profonds et tardifs vis-à-vis du paludisme.

Avant d'aborder l'étude clinique des diverses manifestations morbides qui nous intéressent nous dirons quelques mots du rôle des moustiques dans la propagation de l'affection.

ROLE DES MOUSTIQUES. L'agent propagateur du paludisme est l'anophèle il en existe une grande variété d'espèces et s'il y a des espèces propres à certaines régions infestées on peut également en rencontrer plusieurs espèces dans une même région.

On peut « grosso modo » différencier l'anophèle du culex ou cousin vulgaire en ce qu'il se tient pour piquer la tête en bas perpendiculairement à la surface des téguments et non parallèlement à celle-ci.

On a pu mettre en évidence le parasite dans sa poche gastrique sous deux formes :

1° des spores sous forme de grains noirs servant à la reproduction de l'hématozoaire.

2° des flagelles.

Le parasite passe dans la sécrétion glandulaire du moustique qui l'inocule dans les vaisseaux des téguments au moyen de la piqûre faite par sur suçoir.

La vie de l'hématozoaire est donc extrêmement compliquée. On admet généralement que le parasite aurait trois modes de reproduction :

1° Reproduction asexuée (schizonte-rosace) *Schizogonie*.

2° Reproduction sexuée du macrogamète sans fécondation : c'est la *Parthénogenèse*.

3° Reproduction sexuée du macrogamète après fécondation c'est la *sporogonie*.

Les deux premières reproductions se font dans le sang de l'homme, la troisième dans le corps du moustique.

Causes adjuvantes. Résumons brièvement les conditions nécessaires au développement du parasite en dehors de l'organisme, la première condition est : la chaleur et l'humidité ; puis la proximité des marais, les forêts équatoriales qui entretiennent la terre dans une humidité constante les altitudes élevées quand il y a stagnation d'eau les bouleversements du sol : terrassements, le froid chez les individus déjà inoculés.

La race a peu d'importance et on peut observer des manifestations aussi graves chez les blancs, les noirs ou les jaunes.

Les formes larvées du paludisme

Cette expression de *formes larvées* est très discutée par certains auteurs. Déjà en 1911 dans le Bulletin de pathéologie exotique Andain et Mathon rejettent délibérément la conception du paludisme larvé pour eux « on doit rayer cette expression du cadre nosologique ».

Le paludisme larvé serait un paludisme réel se présentant à nous sous le masque d'une autre affection laquelle serait jugulée par le traitement quinique. Pour Prat (Marseille médical 1923), il s'agit d'un paludisme avec anémie intense, grosse rate dure et ligneuse, et présentant dans le sang en période d'apyrétié des gamètes de falcipurum.

Pour Rousseau : paludisme larvé et paludisme méconnu seraient synonymes (Le paludisme méconnu. *Revue générale de clinique et de thérapeutique* Paris 1917).

Il n'est pas, dit cet auteur, de maladies présentant un pareil polymorphisme, et il critique tous les signes décrits dans le paludisme classique : la température, la grosse rate le gros foie. Il est à noter qu'actuellement les jeunes médecins coloniaux se rallient à cette opinion ils signalent de plus en plus des accidents paludéens graves sans aucun des signes classiques du paludisme.

Associé à une autre maladie, dit Rousseau, le paludisme ne masque pas seulement son propre caractère, mais celui de la maladie concomitante au point de dérouter complètement le médecin non averti. Cette affection est protégée en clinique, comme elle est protégée en microbiologie.

Nous nous en tiendrons à la définition du Professeur Marchoux dans son traité de pathologie exotique « les formes larvées du paludisme seraient une atténuation des phénomènes symptomatiques des formes dites pernicieuses, poussées au point que la maladie en est rendue méconnaissable ».

Dans ces formes larvées, la symptomatologie est si

imprévue et si complexe que le diagnostic devient fort difficile. Le praticien est aux prises avec des accès d'une modalité déconcertante, car le paludisme sous cette forme prend une série des masques derrière lequel il est impossible de reconnaître ipso facto l'infestation palustre

Les différentes manifestations de ces formes larvées ont été bien décrites par MM. le Dr. Egas Moniz de Arago (de Bahia) par M. Souleyre de Bône, deux groupes de faits les caractérisent :

1° ceux qui sont occasionnés par la localisation étroite des phénomènes congestifs et réactionnels à une région ou à un organe splachnique etc.

2° ceux qui consistent dans des phénomènes aberrants

Dans le premier groupe citons : les localisations thoraciques les formes dyspnéiques, angineuse, abdominale, les hémorragies palustres : hématomésèses, hémopotysies, épistaxis, purpura et localisations cérébrales.

Dans le groupe des phénomènes aberrants : les névralgies orbitaires, les conjonctivites intermittentes, les amblyopies, l'hypérémie lacrymale, les névralgies diverses etc....

Dans tous les cas la clinique n'est pas toujours aidé par le laboratoire, car il faut tenir compte de la difficulté de déceler l'hématozoaire dans les atteintes graves et primitives en raison de sa petitesse, en raison aussi de sa rareté et parfois de son absence durable, sinon constante dans le sang examiné (Grall et Marchoux). Gaide, ajoute même que cette recherche est quelque fois négative chez certains malades qui présentaient cependant tous les symptômes du paludisme, mais l'épreuve de la

quinine est généralement concluante dans les diverses formes larvées du paludisme.

Cette opinion est d'ailleurs celle du professeur Tanon, qui dans « *la Vie Médicale* » du 25 avril 1931 étudie les modalités du paludisme en France, cet article qui seriat entièrement à citer, montre les erreurs du diagnostic que peut entraîner la méconnaissance du paludisme dans ses formes larvées, et il dit parlant de cette maladie : « quant elle se superpose à une maladie infectieuse elle ne prend pas toujours la symptomatologie des grands accès ; elle se manifeste soit par une recrudescence de la température pendant deux ou trois jours, soit par des troubles névralgiques, des douleurs rhumatismales toujours accompagnées des sueurs, symptômes qui manque le moins et qui doit attirer l'attention. L'infestation peut être ancienne, remonter même à l'enfance ne s'être révélée ensuite par aucun accès classique, avoir été confondue avec une fièvre de croissance, avec la grippe, avoir été méconnue à cause de sa forme larvée. Elle n'en est pas moins restée latente et n'est apparue qu'à l'occasion d'une maladie infectieuse où d'un traumatisme. Chaque fois qu'une infection se complique brusquement de température élevée avec transpiration, au bout de quelques heures on doit à mon avis suspecter le paludisme et donner de la quinine. Du moment que le malade a à une époque quelconque de sa vie séjourné dans un pays paludéen, et cela même si l'examen du sang est négatif.

Le professeur Tanon, cite divers cas, y compris le suivant d'une malade qu'il a connu et qui de retour en

Europe après un séjour au Congo présenta des accès fébriles passagers avec malaise se renouvelant fréquemment.

L'hématozoaire ne fut pas trouvé dans son sang. On la soigna successivement pour grippe, prétuberculose, mélitococcie sans succès... et malgré l'absence d'hématozoaires dans le sang un médecin ayant exercé aux colonies posa le diagnostic de paludisme à accès irréguliers.

Il fit des injections de quinine et la malade guérit rapidement.

Ces faits montrent que l'opinion de certains auteurs tels Marchoux et Rieux, qui admettent que du moment qu'on ne trouvait aucun parasite dans le sang périphérique on devait éliminer le paludisme, est par trop absolue, la clinique et la thérapeutique l'ont souvent prouvé.

Nous pouvons donc répéter avec le professeur Tanon « Il est entendu que ce n'est pas de l'action du médicament qu'on peut conclure à la nature de la maladie, mais sa notion quand elle s'ajoute à l'impression clinique prend une valeur plus grande.

Nous n'avons pas la prétention de décrire dans ce modeste travail toutes les formes larvées du paludisme, elles sont innombrables, nous décrirons seulement quelques cas qui nous ont particulièrement frappé.

Une forme gastro-intestinale hémorragique

Observation due à l'obligeance du Dr. Clitandre.

M. J.-C. 30 ans, industriel, originaire de la Martinique, mais ayant longtemps vécu en Europe, retourne dans son pays à l'âge de 27 ans, et s'installe dans une région impaludée.

Trois mois après son arrivée à la Colonie, il fait un accès de fièvre continue qui dure 15 jours et est traité par des injections de quinine et d'arrhénal.

De 1927 à 1930, il ne présente plus d'accès palustre mais fait des équivalents ; ce sont des périodes de dépression intense avec malaise général sans fièvre, et cédant après quelques jours de traitement quinique et arsenical, une autre fois, c'est une névralgie sciatique de moyenne intensité, qui résiste à la médication ordinaire, mais cède en 24 heures au traitement quinique, à chacun de ces petits accidents une numération globulaire, fait ressortir une diminution du nombre des hématies, et une leucocytose variant de 20 à 40 %.

En fin novembre 1930, alors que M. C. se sentait en parfaite santé il est pris subitement la nuit de violentes douleurs abdominales suivies d'une diarrhée dysentériforme. Une enquête approfondie ne permet de relever aucune cause d'intoxication alimentaire. Le malade il est à noter mène une vie très hygiénique, il est sobre, et mange très peu. Après 48 heures de repos et de diète tout semble rentrer dans l'ordre et le malade reprend son activité, mais cette fois on n'avait pas pensé au paludisme et il n'a pas été fait de traitement spécifique

Huit jours après ces accidents, en pleine nuit, M. C. qui se sentait fatigué, avait diné d'un potage maigre et d'une tasse d'infusion de tilleul et s'était couché très tôt, est réveillé en pleine nuit par de violentes nausées et des douleurs abdominales, les vomissements sont d'abord alimentaires, puis bileux, la diarrhée liquide. Mais le malade n'attache pas grande importance à ces troubles « terrassé dit-il, qu'il est par le sommeil » et il se rendort, une heure après il est réveillé par les mêmes symptômes, cette fois les vomissements sont porracés, puis noirâtres, les selles également. Le malade n'éprouve aucune douleur, il accuse seulement de la lassitude. Mandé d'urgence près de lui, je m'aperçois que les vomissements et les selles sont sanguinolents, un confrère médecin-chef de l'Hôpital voisin, combat cette opinion et fait le diagnostic d'intoxication alimentaire, le malade qui a toute sa lucidité informe ce diagnostic ; de toute la journée, il n'avait pris qu'une purée de pommes le midi, un potage et une infusion le soir.

Au moment même de cette discussion le malade éprouve des nausées suivies cette fois d'un vomissement nettement sanguin, une courte syncope, puis c'est un abondant mœléna et une nouvelle syncope. Deux chirurgiens et deux autres médecins sont mandés en consultation. Pour les uns il s'agit d'un ulcère du duodénum pour les autres d'une infection, mais laquelle ? L'accord n'est pas fait.

On applique rapidement le traitement de toute hémorragie : sérum de cheval, chlorure de calcium, ergotine et transfusion sanguine, 24 heures après le début des acci-

dents l'hémorragie avait cessé le malade restait très affaibli, ne se plaignait de rien, et présentait une température de 38° 5.

L'examen du sang pratiqué à ce moment montrait une grande diminution des globules rouges 2.800.000 (ce qui était normal après l'hémorragie) mais une hyperleucocytose très marquée 54 %, et présence de pigments mélaniques.

La radiographie n'a décelé aucune lésion du tube digestif.

La convalescence dure un mois, le malade reprend son poids normal et recouvre toutes ses forces avec un traitement quinio-arsenical.

Quelques mois plus tard, nous avons retrouvé le malade en France, il s'était fait examiner par des praticiens éminents, des examens de selles, l'étude du chimisme gastrique et de nouvelles radiographies étaient absolument négatifs.

Si on tient compte du fait que le malade ne présente aucune tare héréditaire, n'a jamais contracté la syphilis, n'a aucun antécédent gastro-intestinal et s'est toujours bien porté jusqu'à son séjour dans la région impaludée, où il a présenté un accès franc de paludisme suivi d'accès à forme larvée, qu'à chacune de ces manifestations l'hyperleucocytose a été notée, on est en droit d'affirmer que l'accident présenté était due au malaria, aucune autre affection ne pouvant donner la symptomalogie que nous avons décrite. Cette forme a d'ailleurs été décrite par Le Dantec sous le nom de « Fièvre à vomissements noirs » mais d'après cet auteur elle toucherait

surtout les enfants et ceux de race blanche y étaient plus sensibles. L'évolution a également prouvée qu'il ne pouvait s'agir d'un ulcus duodénal méconnu, les examens faits dans ce sens ayant été négatifs.

Parmi des formes atypiques et graves, un autre organe est souvent touché : c'est le rein. Cependant les néphrites malariques sont peu ou pas signalées dans les accidents larvés soit parce qu'elles sont surtout des complications secondaires, soit parce qu'elles s'imposent moins à l'attention et sont moins souvent dépistées.

Néphrite aiguë initiale

Les cas de néphrite aiguë initiale avec hémorragie ne sont pas rares au Maroc et cette néphrite semble due soit à l'élimination des déchets toxiques, soit suivant Lévy-Valensi au blocage du système réticulo-endothélial par le pigment malarique.

M. Souleyre (de Bône) cite le cas suivant : « Il s'agissait de très nombreux soldats du Maroc se plaignant de violentes céphalées sans fièvre. Après élimination de toute cause reflexe mécanique, toxique ou infectieuse, l'examen somatique restant négatif, ainsi que très souvent les antécédents, le dosage de l'azotémie apportait seul une solution, le taux de l'urée sanguine avoisinait ou dépassait parfois très sensiblement 0 gr. 50 chose anormale chez un jeune homme vivant dans de bonnes conditions d'hygiène. Malgré le résultat le plus souvent négatif de la recherche de l'hématozoaire et de la formule sanguine, la quinine faisait disparaître azotémie et céphalée ».

Nous n'insisterons pas ici sur les néphrites secondaires, l'origine pouvant en être facilement reconnue, elles compliquent souvent les formes graves du paludisme. Ce qui était intéressant de noter c'est l'apparition de la néphrite aiguë initiale avec ou sans hémorragie, et des troubles rénaux apparaissant comme équivalents des accès palustres.

Formes lymphatiques et génitales

Ces formes ont été observées rarement il est vrai aux Antilles et à la Guyane elles sont constituées par des congestions passagères localisées au testicule, à l'épididyme et aux ganglions de l'aîne et des aisselles, et indépendantes de la filariose.

M. Souleyre rapporte dans la *Gazette des Hôpitaux* du 24 septembre 1932, l'observation résumée ci-dessous de Joannidés.

L'ouvrier des mines, M.. (en Asie Mineure) entre à l'hôpital le 16 avril 1929 parce que, après un accès de fièvre, il voit ses testicules enflées avec douleurs intolérables irradiées au ventre. Il s'agit d'un homme de 30 ans, sans aucun antécédent héréditaire. Le lendemain, nouvel accès de fièvre avec présence d'hématozoaire à l'examen du sang. Les testicules sont augmentées de volume et douloureuses. Aucun écoulement urétral, pas de hernie. Pas d'épidémie d'oreillons. Il s'agit donc d'une orchite paludéenne, qui a cédé aux injections de quinine. Le malade quitte l'hôpital le 30 août complètement guéri ».

« Il est certain que l'apparition d'une orchite chez un paludéen ne confirme pas toujours cette origine.

Mais lorsque l'évolution est liée à celle de l'accès, que l'unique infection mise en évidence est malarique, que l'ensemble guérit, et très vite par la quinine, ce sont là des présomptions quasi-probantes ».

Nous avons déjà mentionné les formes sensorielles et surtout les troubles oculaires, signalons également les formes cutanées avec erythèmes rubéoliques éscarlatiniformes, poussées d'urticaire, eczéma, et même érythème noueux (cas de Moniz de Aragon de Bahia).

Enfin tout dernièrement dans un article magistral sur « les manifestations cliniques du paludisme chez les rapatriés » (*Gazette Médicale de France* du 1^{er} août 1931) le professeur Tanon a montré tout l'intérêt qu'il y avait à penser au paludisme en présence de diverses manifestations morbides survenant chez des individus ayant séjourné dans les centres paludéens, alors même qu'ils n'avaient présenté que peu ou pas de manifestations pendant leur séjour dans la région infectée.

L'erreur la plus fréquente est de mettre sur le compte de la grippe les douleurs musculaires l'asthénie, l'hyperthermie présentée par ces malades.

Dans son article le professeur L. Tanon cite l'observation suivante, que nous nous permettons de reproduire :

« Pendant la guerre, dans un hôpital du front, un soldat marocain, est soigné pour une affection fébrile (39° le matin, 38° le soir), avec douleurs dans la région cervicale et contractures de la nuque. Il est envoyé avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale à con-

trôler. Il existe en effet des troubles délirants, une raideur de la nuque très marquée, de l'exagération des reflexes tendineux. Le liquide céphalo-rachidien examiné par le laboratoire d'armée ne montre que quelques polynucléaires sans méningocoques. Il est clair et son ensemencement reste négatif. A cause de la température on fait une hémoculture, elle est négative. L'examen du sang ne révèle pas d'hématozoaires. Toutefois le malade se plaignant le lendemain d'une très vive douleur dans les muscles de la nuque qui sont contracturés et de névralgies dans les épaules, considérant d'autre part que sa rate est augmentée de volume, on essaye le traitement quinique pensant qu'il pourrait s'agir de névrites paludéennes. On fait une injection intramusculaire de quinine-uréthane ce qui procure une nuit tranquille au malade. Le lendemain matin la température est normale et tous les symptômes morbides disparaissent au bout de quelques jours. Le traitement clinique est continué pendant deux semaines, et le malade envoyé dans un centre de convalescence guérit ».

Dans tous ces cas nous pouvons conclure avec le professeur Tanon que cette terrible affection peut affecter une forme anormale « qui restera méconnue si on se fie qu'à l'examen du sang périphérique ». C'est souvent le traitement qui fera le diagnostic.

Psycho-névroses palustres

C'est depuis fort longtemps que les troubles psychiques ont été constatés au cours de l'infection palustre ou décrits comme des séquelles fréquentes.

Hippocrate parlait déjà d'une fièvre délirante d'un « phrénitis » affectant les malades atteints de fièvres paludéennes.

Puis Rivière au XVII^e siècle, et ensuite Barelli, Etümler et principalement Sydenham sont frappés des altérations cérébrales créées par l'impaludisme et décrivent un délire maniaque survenant dans l'affection.

Plus tard, c'est Calmette qui en 1872 décrit un délire mélancolique d'origine palustre, puis Christian qui en 1873 a publié 16 observations d'aliénation mentale imputable au paludisme. En 1897 c'est Rey et Boinet qui, au congrès de Toulouse affirment que l'aliénation mentale peut survenir chez des paludéens en dehors de toutes prédispositions. En 1898 au congrès de Montpellier, les mêmes auteurs apportent une soixantaine d'observations décrivant à nouveau le caractère dépressif des troubles psychiques de l'impaludisme. Puis c'est le professeur Teissier de Lyon qui frappé par le grand nombre de paludéens psychiquement anormaux publie dans le « *Bulletin Médical* » l'un du 30 avril 1890, l'autre du 20 octobre 1900 deux articles magistraux sur la question. Enfin plus récemment Régis et ses élèves ont décrits des psychoses palustres affectant les caractères du délire tonique.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que si les troubles psychiques liés à l'impaludisme sont connus de longue date leur étude ne forme pas encore un tout homogène.

Les cas rapportés le plus souvent ont trait à des altérations psychiques considérables, voire à des manies

aiguës, mais il faut aussi envisager les cas de paludéens jouissant en apparence d'une parfaite santé psychique et organique et qui sont « cependant tarés tant au point de vue mental que physique ils peuvent ultérieurement sombrer dans l'aliénation mentale, et dans les cas où l'altération intellectuelle dont ils souffrent demeure moyenne, son effet le plus immédiat est de les rendre, peu aptes à la vie commune » (Anglade).

On voit donc toute l'importance qu'il y a de reporter l'affection à sa vraie cause afin de pouvoir y appliquer une thérapeutique appropriée.

**Valeur réciproque de l'influence du paludisme et
des causes prédisposantes en pathologie mentale
dans le développement des psycho-névroses
palustres**

C'est là une question délicate à résoudre, nous savons que les conditions essentielles prédisposantes aux troubles psychiques sont sous la dépendance de l'hérédité et de la constitution individuelle. Mais il existe des conditions accidentelles en rapport avec les troubles psychiques anormaux, qui déterminent l'apparition de la maladie.

Il est indéniable que parmi les causes accidentelles l'impaludisme tient une place prépondérante, extériorisant un état jusque là latent en jouant le rôle de facteur d'aggravation de lésions déjà existantes. Certains auteurs tels Cazeneuve de Lyon et Maraudon et Montyel arrivent à cette conclusion : « De même que l'alcoolisme,

mais à un degré moindre, l'impaludisme est susceptible de déceler la névrose ; bien plus, il peut la rappeler après une longue disparition.

C'est donc là un point définitivement acquis, l'impaludisme est une cause d'aggravation chez les prédisposés.

Mais les accès palustres, sont ils capables de déséquilibrer l'état mental des non prédisposés au point de créer de toute pièce une psychose ?

C'est là une question très controversée. Pour les uns, il faut une prédisposition ; pour les autres la prédisposition n'est nullement nécessaire : un dérangement cérébral parfois considérable pouvant survenir chez des paludéens en dehors de toute tare, et la plupart de ceux qui délirent à la convalescence n'ont aucun antécédent morbide.

Dans les observations que nous allons citer, aucune tare héréditaire n'a été relevée.

OBSERVATIONS

**Dues à l'obligeance de Mme le Dr. Clitandre
et du Dr. J. Clitandre.**

I. Mme A. âgée de 35 ans, française, arrive à la Martinique en 1929, sans antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels à retenir. Pendant 2 ans, elle habite une région où le paludisme sévit à l'état endémique, et ne suit aucune médication preventive. Elle présente de l'asthénie, et une anémie marquée. Au printemps 1931 elle part pour l'Europe, et fait un séjour de 4 mois chez ses parents dans le Nord de la France, puis elle retourne à la Martinique.

Le 8 février 1931, Mme A. est prise de frissons, de vomissements bileux et la température s'élève à 40°. Nous sommes mandés à son chevet, nous trouvons le foie débordant de 2 travers de doigts le rebord costal, la rate légèrement augmentée de volume, la malade à un délire conscient nous demandant sans cesse « Est-ce un accès pernicieux ? » (il y avait juste à cette époque plusieurs décès par accès pernicieux) le délire reste calme, la malade se contente de répéter « Il y a un bateau en rade je le vois, dites à mon mari de m'expédier en France, je vais mourir ». Nous faisons le diagnostic

d'accès grave, et mettons tout en œuvre : injection de quinine, septicémine etc...

Le lendemain matin la température est normale, mais le délire persiste, la malade répète, « Vous ne voyez pas que je ne suis pas guérie, je me sens très mal, je vais mourir, je suis déjà glacée, ce n'est plus la peine de faire venir le paquebot ».

A l'auscultation : arythmie, pouls irrégulier intermittences fréquentes, tendance à la syncope.

Nous faisons des injections de quinine, d'huile camphrée, spartéine, caféine. Néanmoins, la prostration est complète, les lèvres sont violacées, les extrémités froides la respiration difficile.

Nous passons aux grands moyens : injections intra-veineuses de quinine Bleu. (Bleu de méthylène 0,04 et chlorhydrate basique de quinine 0 gr. 10 pour 1 cc), intra-veineuses de septicémine. Sérum glucosé avec addition de digitaline. L'état s'améliore, le lendemain la température tombe à la normale.

Les jours suivants la convalescence se poursuit normalement, le 3^e jour le délire réapparaît avec confusion mentale et délire de négation : « Ce n'est pas la peine de m'ausculter je n'ai pas de cœur, je n'ai pas de poumons ». Nous la faisons admettre à l'hôpital de Saint-Esprit son état reste stationnaire mais après 4 jours d'hospitalisation alors que la malade paraissait très calme, elle trompe la surveillance de sa garde, et s'enfuit, en chemise de l'hôpital elle traverse le jardin, passe par dessus un mur, parcourt un kilomètre en pleine nuit arrive chez elle au grand effroi de son mari et des domestiques, se

précipite sur le buffet, saisi un couteau et lève le bras pour se frapper, son mari eut juste le temps de la maîtriser et nous prévint d'urgence.

Nous lui administrons une potion bromurée, le lendemain matin nous la trouvons calme, le délire est intermittent. Puis la convalescence se poursuit normalement

Malgré notre avis, elle n'a jamais pu s'astreindre à un traitement continu à base de quinine et elle présente de la pharmacomanie voulant essayer toutes les spécialités énumérées dans les journaux.

Elle présente en moyenne tous les mois des équivalents d'accès consistant en dépression mélancolique, parfois délire de la persécution, ces manifestations sont vite jugulées par quelques injections de quinio-bleu.

Les examens du sang, ont montré une seule fois chez elle l'hématozaire, les autres fois la formule leucocytaire a été modifiée : grosse mononucléose ».

Il s'agit donc là d'une psychose d'origine palustre ayant passé à la chronicité parce que la malade n'a jamais voulu s'astreindre à un traitement rationnel et n'a jamais voulu quitter le foyer d'infection.

II. Mme J. 55 ans originaire de la Martinique aucun antécédent héréditaire ni personnel à retenir; mariée ayant 2 enfants, une fille de 25 ans étudiante à Paris et un fils de 23 ans Ingénieur. Bien que vivant dans une région où le paludisme sévit à l'état endémique, elle n'a jamais présenté d'accidents sérieux, à de rares intervalles, seulement un accès léger durant 24 à 48 heures.

Elle ne suit d'ailleurs aucun traitement régulier se

contente de mener une vie hygiénique, ne prend pas d'alcool, évite les fatigues.

En mai 1932, elle décide, se sentant déprimée, de faire un changement d'air dans une petite station d'altitude (Absalon) aux environs de Fort de France. Le 3^e jour de son arrivée elle se plaint de céphalée, de courbatures, la température est à 37° 8, puis brusquement elle se dresse, pousse des cris, se déclare attaquée par une rivale, lance des injures et des menaces à cette personne imaginaire, brise tout ce qui se trouve autour d'elle.

Mandé d'urgence, nous voyons bien qu'il s'agit d'un accès de manie aiguë, mais ne faisons pas de diagnostic étiologique, médecin de la famille depuis de longues années nous éliminons la syphilis, de même qu'un chagrin intime..... le thème du délire n'ayant aucune base véridique, le mari en effet est un brave homme casanier, dont la vie privée est sans reproche et le ménage était très uni. Nous proposons l'internement ; la famille s'y oppose, et nous laissons la malade dans une chambre sous bonne garde. Les jours suivants le délire persiste et il s'y ajoute de l'anorexie mentale, une insomnie totale. Nous pratiquons un examen du sang, nous trouvons une hyperleucocytose très marquée 52 %, et des pigments mélaniques, dès lors le diagnostic est fait et nous commençons immédiatement les injections intra-veineuses de quinio-bleu, 3 ampoules par jour, au bout de 48 heures tous les troubles ont disparu, la malade ne se souvient de rien. Après 2 semaines, elle rentre chez elle, et jusqu'ici se porte très bien.

Voilà donc, un grave accident cérébral se présentant chez une paludéenne, non pas comme chez la malade précédente après un accès pernicieux mais à la suite d'un accès larvé.

L'examen clinique fait au début de la maladie, ne nous a rien révélé, ni splénomégalie, ni gros foie, ni fièvre. Il est certain que si la malade avait été admise dans un asile d'aliénés elle y serait encore : les douches froides et les hypnotiques n'auraient pu que rendre plus déficient l'état général et partant favoriser le développement de l'hématozoaire.

Il est intéressant de noter que cette malade à quelque degré que ce soit, n'a aucune tare mentale dans sa famille, qu'elle n'a jamais abusé de boissons alcooliques, et qu'il n'y a chez elle, ni chez son mari, aucun stigmate de syphilis.

Donc terrain vierge pourrait-on dire.

Il faut reconnaître que la toxine malarienne peut porter son action même sur des organes sains, contrairement à ce que pensent certains auteurs.

III. Mme B. R. 25 ans, d'origine française, arrive à la Martinique en 1926, dans un foyer paludéen. Après 15 jours, elle présente un accès de fièvre continue qui dure une vingtaine de jours et guérit par le traitement quinine et arrhénal. Jusqu'en 1929, elle présente à intervalles irréguliers quelques accès de fièvre de courte durée mais elle s'anémie rapidement et part pour la France, après un séjour de 1 mois à la Bourboule, elle présente un fort accès de paludisme au grand étonne-

ment des médecins qui la soignèrent. Elle retourne à la Martinique et ses accès se reproduisent à intervalles irréguliers, mais ce qui frappe surtout c'est son changement de caractère. Elle devient irritable, ne supporte le moindre ennui, son appétit est capricieux et elle est triste sans raison apparente. A l'approche de chaque accès les troubles du caractère arrivent à leur paroxysme et il fût même facile dès lors de prévoir chaque poussée fébrile. Le traitement clinique irrégulièrement suivi par la malade ne l'améliore pas beaucoup, et bientôt à l'approche d'un accès elle fit une tentative, de suicide (par la morphine). Elle part pour la France, ses troubles s'améliorent, mais après 2 mois, loin par conséquent, de son foyer d'infection elle éprouve de l'angoisse et l'anxiété une idée fixe de suicide, elle se décide à consulter et est hospitalisée dans une clinique privée ouverte. Les médecins font le diagnostic de mélancolie mais l'origine palustre n'est pas retenue ou plutôt il n'est pas question de paludisme la malade ne présentant à ce moment aucun signe de paludisme. Mais après quelques jours, se déclare un violent accès de fièvre, les signes mentaux sont aggravés. il y a confusion mentale et tendance au suicide. Un examen du sang ne décèle pas d'hématozoaires, mais un « profil leucocytaire » on pratique des injections de quinine et tout s'amende. On observe depuis que les signes s'aggravent en s'accompagnant chaque fois de poussées fébriles ; puis dans une 3^e période, il n'y a plus de poussées thermiques, mais à intervalles réguliers se manifestent des courbatures, de la dépression avec aggravation des troubles psychiques ;

chaque fois il y a hyperleucocytose, dès lors on abandonne tout autre traitement, et on fait des séries régulières d'injections intra veineuses de quinio-bleu, et d'arsylène, l'état s'améliore progressivement, et en ce moment la formule sanguine est absolument normale, tous les troubles psychiques ont disparu.

Il s'agit donc bien là d'une dépression mélancolique d'origine palustre dont l'évolution grave a pu être arrêtée grâce au traitement spécifique.

Pour ceux qui ont observé cette malade, aucune description ne saurait être plus appropriée que celle du Dr. Souleyre (de Bône) dans sa revue générale sur les formes larvées du paludisme (*Gazette des Hopitaux*, n° 75 -1932).

« A la dépression physique extrême s'ajoute un état mélancolique persistant avec participation des fonctions végétatives : insomnie, anorexie sans état gastrique accusé, amaigrissement progressif (7 kilos en 3 mois dans le cas qui nous occupe), puis fatigue cérébrale, dépression morale, hypochondrie, modifications du caractère, irritabilité malade.

Les symptômes peuvent varier notablement du jour au lendemain ou dans la même journée avec phases passagères de vivacité et de validité. Ils s'atténuent et disparaissent par un déplacement associé au traitement quininé ».

Les observations que nous venons de citer, concernent des troubles graves, mais que de fois dans la pratique habituelle on verra des cas dont l'intérêt dépasse le cadre médical colonial en raison des nombreux dépla-

cements un séjour temporaires en France survenant dans la population d'outre-mer.

Souvent on aura à faire à des accidents diarrhéiques sub-fébriles, résistant à la médication habituelle des entérites. D'autres fois, nous en avons vu nous même un certain nombre de cas, ce sont des coloniaux qui paraissent en parfaite santé et qui se plaignent d'une sensation de fatigue imprévue, invincible, et d'incapacité à l'effort physique ou intellectuel habituel. Le sommeil est lourd prolongé avec réveil difficile. L'idéation est lente et pénible à tendance amnésiques. Les malades manquent d'entrain, se plaignent de ne pouvoir présenter une activité régulière.

L'examen clinique ne révèle le plus souvent aucune des lésions décrites classiquement dans le paludisme, mais un examen du sang met sur la voie du diagnostic et comme par enchantement après un traitement quinique et arsenical de quelques jours, tous les troubles disparaissent à condition toutefois que l'individu ne soit pas encore à la période de cachexie et d'anémie grave.

CONCLUSIONS

Les formes larvées du paludisme peuvent donner naissance à des manifestations pathologiques les plus diverses, intéressant un organe ou un groupe d'organes, ces manifestations peuvent éclater chez l'impaludé loin de son foyer d'infection, et ne s'accompagner d'aucun des signes classiques du paludisme.

L'absence de splénomégalie, d'hématozoaires dans le sang, d'élévation thermique, ne doit pas faire rejeter le diagnostic de paludisme.

La formule leucocytaire et la recherche de la séroflocculation seront d'un grand secours dans le diagnostic de l'affection dont l'identification ne sera très souvent obtenue que par le seul traitement quinine.

Les réactions sérologiques (séroflocculation, réaction de Wassermann) semblent prouver qu'il existe une toxine sécrétée par l'hématozoaire, se localisant de préférence sur l'organe présentant le moins de résistance, et pouvant rentrer dans une phase active, sous l'influence d'une des causes occasionnelles de l'accès palustre.

Les manifestations ainsi présentées seraient des équivalents d'accès.

Les psycho-névroses constituent une de ces manifestations les plus fréquentes, en dehors même de toute cause prédisposante.

Grâce à une thérapeutique intensive : quinio-bleu et arsenic, ces accidents peuvent-être rapidement jugulés.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu le Président,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

PALUDISME LATENT

TANON (L.). — « Le paludisme en France » *La vie médicale* 25 avril 1931.

— « Les manifestations cliniques du paludisme chez les rapatriés ». *La Gazette médicale de France*, 1^{er} août 1931.

BRUMPT. — Précis de parasitologie.

LE DANTEC. — Pathologie exotique.

ACTON et KNOWLES. — « The diagnosis of latent malaria ». *Indian J. M. Research*, Calcutta, 1913 i, 167-176, 9 ch.

AHLBORN. — « Unerkaunte malaria als Komplikation bei anderen fieberhaften Erkrankungen ». *Munchen Med. Wchsch*, 1919, LXVI, 465-467.

AIME et LOCMELONGUE. — « Paludisme larvé et réaction de Bordet-Wassermann ». *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1918, 3 s. XL. ii 968-972.

AUDAIN et MATHON. — « Paludisme larvé ». *Bull. Soc. path. exot. Paris* 1911, IV, 688-691.

BROHIER. — « A case of masked malaria ». *Lancet. Lond.* 1916, I, 211.

BROUGHTON ALCOOK. — « Laboratory observations on latent malaria in soldiers returned to England their relations to clinical observations and the value of the large mononuclear cell count the test for quinine in urine ». *J. Trop. M. (etc). Lond.* 1921, XXIV, 133-137.

- DAZZI. — « Le iniezioni di adrenalina per la diagnosi di malaria latente ». *Poloclin. Roma*, 1919, XXVI. Sez. prat. 1413-1417.
- « Beuzolo e malaria latente ». *Boll. d. soc. Med. di Parma*, 1920, 2 s. XIII, 22-24.
- DIALTI et POZZILLI. — «Aperazioni chirurgiche e malaria latente ». *Riv. Ospedal, Roma*, 1911, I 713-719.
- DI PACE. — « Malaria latente, note di clinica e di patogenesi ». *Tommasi. Napoli*, 1911, VI, 302-306.
- « Per la diagnosi della malaria latente ». *Morgagni*, Milano, 1915, LXII, p. 1, 266-281.
- « I preparati opoterapici nella diagnosi della malaria latente ». *Ibid*, 1922 LXIV, pt. 1 (Arch.) 348-354.
- « Lo shock proteinico nella diagnosi della malaria latente ». *Folia med. Napoli* 1923, IX, 179-189.
- DORECDORF et MADER. — « Zur diagnose der latenden malaria und salvarsan therapie der tertiano ». *Berlin Klin. Wchuschr.* 1918, LV, 897-902.
- SOULEYRÉ. — « Le paludisme larvé ». *Gazette des Hôpitaux* 1932.
- ANGLADE. — « Les psychosthénies palustres ». Thèse de Lyon 1906.
- JOUA. — « A proposito di malaria latente sua cura ». *Riforma Med. Napoli*. 1920, XXXVI, 12.
- LANGHLIN (Mc.). — « Personal observations in latent malaria ». *Texas State J. M. Fort Worth*. 1908-1909 IV. 319-321.
- LEMOINE. — « Unrecognised forms of malaria ». *Méd. press et Circ. lond.* 1910 u. S. XC, III- 113.
- LÉVI. — « Nota clinica sulla malaria latente e sull'azione delle adrenaline ». *Gaz d. osp. Milano*, 1921, XIII, 1185-1188.
- MAYER. — « Ueber latente malaria ». *Med. Klin. Berlin* 1920, XVI, 119-122.
- MEYER (H.). — « Zur Frage der latenten malaria ». *Ibid*, 1917, XIII, 1218.

- MONIZ DE ARAGAO. — « Trois cas curieux de paludisme larvé ». *Revue de Méd. et d'hyg. Hôp. de Paris*, 1911, VIII, 81-87.
- MUSONE. — « Il concetto della malaria larvata ». *Gaz. d'osp.* Milano, 1909, XXX, 642-645.
- NOVODVORSKY. — « Provocation of latent forms of malaria with adrenalin injections ». *Klin. Med Mosk.* 1925, VI, 91-95.
- PLEHU. — « The diagnosis of latent malaria ». *Brit. M. J. LOND.* 1908, II, 1357.
- PRAT. — « Les formes larvées du paludisme ». *Marseille Méd.* 1923, LX, 1167-1169.
- QUARELLI. — « Ricerche su vari metodi di attivazione e diagnosi delle malaria latente in olte 10.000 casi » *Pensiero Méd.* Milano, 1919, IX, RI.
- RANDOLPH. — « Latent and etypical malaria, with, spécial reference to children, Report of cases. » *Wash. M. Ann.* 1908, VII, 7-22.
- REINHARDT. — « Ueber Provakation latenter malaria durch Bestrahlung, mit ultraviolettern Licht ». *München Med. Wchuschr.* 1917, LXIV, 1193.
- ROUSSEAU. — « Le paludisme méconnu ». *Rev. gén. de clin. et de therap.* Paris 1917, XXXI, 51-56.
- SACHS. — « Einige symptôme der latenden malaria tropica. » *Deutsche Med. Wchuschr.* Leipzig et Berlin 1918, XLIV, 1073-1075.
- SAINTON. — « Les formes légères et méconnues du paludisme. *Bull. Accad. de Méd.* Paris, 1915, 3s. LXXIV, 700-703.
- SCHITTENHELM et SCHLECHT. — « Ueber den Wert provokatorischer Adrenalininjection bei latenter malaria. München. *Med. Wchuschr.* 1918, LXV, 1307-1309.
- SCHUT. — « An unusual latent case of malaria ». *Nederl Tydschr. v. Geneesk.* Haarlern, 1925, LXIX pt. 2 2217-2219.

- SIEGRIED. — « Ausbruch bisher letenter malaria nach Entfernung eines Steckgeschostes ». *Deutsche, Med. Wchuschr.* Leipzig et Berlin, 1919, XLV, 125.
- TER GRIGORLANTZ. — « Ueber die Behandlung der latierten malaria mit Atoryl ». *Therap. Monatsch.* Berlin 1909, XXIII, 488-491.
- TEMPINI. — « Sulla provocazione delle malaria latente ». *Atti d. soc. lomb. di Sc. Med. e. Biol.* Milano, 1918, VII, 18-26.
- THALLER VON DRAGA. — « Die experimentelle Ektivierung latenter malariafälle (Wien Klin, Wchuschr. 1917, XXX, 102-105.
- URRIOLA. — « Petit paludisme larvé ». *Paris Méd.* 1912-13, XI, 465-470.
- VAN BODEGOM. — « Malaria and paratyphus bacilles ». *Nederl. Tijdschr. v. Gen.* Haarlem, 1924, LXVIII, pt. 2 3251.
- VELASCO. — « Contributo alla studio della malaria larvato ». *Pensiero Med.* Milano, 1918, VIII, 217.
- VIVALDI. — « Rara forma di larvak malaria curata mediante il tannato di chinini ». *Med. nuova.* Roma, 1910, I, 145-147.
- WESENER. — « Ein Fall von okkultur malaria durch Salvarsan manifest gervorden ». *München, Med. Wchuschr.* 1922, LXIX, 1625.
- ARIAS. — « Formas atipicas de paludisma ». *Bull. del Hosp. de San Juan de Dios* juin 1928.
-

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	11
<i>Morphologie et Biologie</i>	13
<i>Anatomie pathologique</i>	19
Les formes larvées du paludisme	22
Forme Gastro-intestinale	27
Néphrite aiguë initiale	30
Formes lymphatiques génitales et cutanées ...	31
Psycho-névroses palustres	33
<i>Observations</i>	37
<i>Conclusions</i>	45
<i>Bibliographie</i>	47

